



Número: **0078083-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EVENILSON DA SILVA GOMES (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73168 925	05/01/2021 11:10	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Nº Sinistro: **3180521167**
Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Data do Acidente: **17/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180521167**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13572969

Pag. 01789/01790 - carta_01 - INVALIDEZ



00010895



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EVENILSON DA SILVA GOMES
Nº Sinistro: 3180521167
Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES
Data do Acidente: 17/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180521167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência ilegível

Pag. 00319/00320 - carta_03 - INVALIDEZ



00050160

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13575353

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: EVENILSON DA SILVA GOMES

Sinistro: 3180521167
Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES
Data do Acidente: 17/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180521167 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 01/27/0128 - carta_02 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13676526



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

CPF do autor ou ASL: **118.066.974-67** Nome completo da vítima: **EUENILSON DA SILVA GOMES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP N° 345/2012

Nome completo:	EUENILSON DA SILVA GOMES	CPF:	118.066.974-67
Profissão:	ESTUDOU	Endereço:	RUA VEREADOR ANTONIO BICEREA
Bairro:	SANTA LUZIA	Cidade:	GARCELEZA
		Estado:	PE
		CEP:	
		Tel.(DDD):	

O declarante, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, confirma comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECLUI INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA CAIXA DE CONTA

CONTA POLIGÂNIA (Somente para os beneficiários que realizam uma opção)
 Banco do Brasil (001) Bradesco (257) Itaú (341)
 Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os beneficiários)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0882** | BANCO: **6** | CONTA: **17093** | Dígito: **3**
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ | Dígito: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização paga/reembolsado do Seguro DPVAT a que tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, autorização total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (estou marcando uma das opções):

- não há IML que atende a regência do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regência do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regência do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo informado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em seu autorizar à avaliação médica as cistas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões. Diferentes desdobramentos de auctoridade de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §º II, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura possibilidade médica ou financeira ao direito de contestá-la, caso discente da sua constatação.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do falecimento da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaixão(a): Sim Não | Se a vítima deixou compaixão(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos? Sim Não | Se tem filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou: _____ Nasceram (viveram)? Sim Não | Vítima deixou: _____ Nasceram (viveram)? Sim Não

Este ato deixa de ser a Seguradora Lider pagar, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas famílias/crianças que se apresentarem e provarem a sua condição, notando, no entanto, ainda, de que quanto maior número de herdeiros/nascidos vivos, maior probabilidade gerar a obrigação de reverberar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **GARCELEZA-PE 31/10/16**
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina o RG
EUENILSON DA SILVA GOMES

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever numa pessoa alfabetizada, melhor e maior, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (dois) testemunhas físicas e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do instrumento ou conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS: **05.802.494/0001-41**

1º | Nome: **TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**
 CPF: _____

05/NOV/2019

2º | Nome: **Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C**
 CPF: _____
 Bento - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Anselmo



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

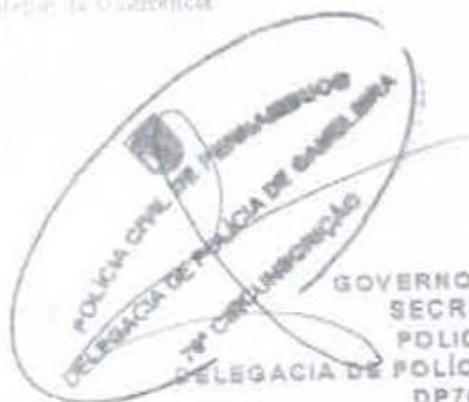
05 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76°CIRC DINTER1/13°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0166000473

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/10/2018 às 09:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/08/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 95 - Bairro
CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM A
BARBEARIA DE SAMUEL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VITIMA)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO. (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA
SILVA GOMES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
QUELINE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento:
18/11/1997 Naturalidade: RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8288831/SDS/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE , 36 - CEP: 5 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido
Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1998 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino
Mãe: QUELINE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de
Nascimento: 20/11/1997 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO

26/10/2018 09:2

1-00-2



SOLTEIRO(A) ESCOLARONHO 2º. GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE, 16 - CEP: 54600-000 - Bairro: SANTA LÚCIA -
GAMALEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sô(a): EVENILSON DA SILVA GOMES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 FAM MS Objeto apreendido: N/A+
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEH8868 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 261628433
ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Complemento / Observação

SENHOR DELEGADO, A VITIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTES LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANEIRA DIFÍCIL, O QUE PROVOGOU A SUA CAÍDA NO LEITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VITIMA FOIA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALHARES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 236126.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

EVENILSON DA SILVA GOMES
 (VITIMA)

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
 (TESTEMUNHA)

O BO é registrado por: PAULO ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 26088800



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

26/10/2018 09:2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 075ª CIRCUNSCRICAO - GAMELEIRA -
DP75ºCIRC DINTER1/M3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N.º 18E0166000473

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/10/2018 às 09:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/8/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 81 - Bairro:
CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BM A
BARBEARIA DE SAMUEL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECEP.PF

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA
SILVA GOMES

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão:
SUELLEN CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento:
18/1/1987 Naturalidade: RIBEIRAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8288831/SDS/PE
(RM) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOR
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE , 30 - DEP: 8 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mão: NÃO
INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mão: SUELLEN CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de
Nascimento: 28/11/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

26/10/2018 09:

1 de 2

Scanned with CamScann



SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
 Endereço Residencial: **RUA AMOS BEZERRA LEITE, 38 - CEP: 5 - Bairro: SANTA LUIZA - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(s) Sr(a): EVENILSON DA SILVA GOMES
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KG Objeto apreendido: N/A**
 Cor **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH8698 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 281620433**
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

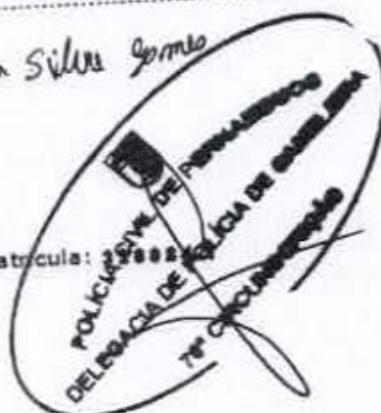
SENHOR DELEGADO, A VITIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTES LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANDERA DIFÍCIL, O QUE PROVOCAU A SUA CAÍDA NO LEITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VITIMA FORA SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 238128.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**EVENILSON DA SILVA GOMES
 (VITIMA)**

**JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
 (TESTEMUNHA)**

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 22882**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

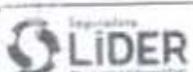
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE/PE

26/10/2018 09:2

2 de 2

Scanned with CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do anel no AGL: CRM da vítima: Nome completo da vítima:
118-066-979-67 EVERILSON DA SILVA GOMES

Nome completo:		CUEVILSON DA SILVA GOMES		CPF:	118.066.974-67
Profissão:	SECRETARIO	Endereço:	RUA VERAZDE ARAG BECERRA	Número:	30
E-mail:	Silveira_buzia	Cidade:	GARCELEIA	Estado:	PE
				CEP:	
				Tel.(DDD):	

Assinante, souz o termo de falso de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXO CÓPIA).

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONSIGUE INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> SOU RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 20.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POLIFIANÇA (Somente placar no Banco Itaú. Ativada em 02/01)

CONTA CORRENTE (fundos de banco)

Nome do banco:

AGÊNCIA: 0882	6	CONTA: 17093	3	AGÊNCIA: 	 	CONTA: 	
(informar o dígito de verific.)		(informar o dígito de verific.)		(informar o dígito de verific.)		(informar o dígito de verific.)	

100% COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a responsabilidade da pessoa que assina, que estou implementando o aprendizado do Instituto MÁTIC Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização desse tipo, não me penso de tal, que estou implementando o aprendizado do Instituto MÁTIC Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização desse tipo.

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Q INT. que atestou a negociação acima ou não. Informe detalhadamente:

Foi motivo estimado, solicito o preenchimento da anotação da cobertura do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constatando, ilustrado ST, em seu Superior à avaliação médica, as lesões de segundaria (ader para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito), conforme L. 6.334/74 art. 26, §1º, declarando que esta autorização não significa brevária concordância com a futura permanência das lesões.

Pessoas que vivem na mesma casa Escolhem morar sozinhas Vizinhos Data da morte da vítima

Rev. Bras. Ciênc. Agrár., Londrina, Paraná, v. 35, n. 3, p. 393-400, set. 2012

Vítima teve filhos? sim não Se sim, informar quantos: _____

Entendo que o que a Seguradora pode pagar é zero reais, e a intenção do Seguro DPVAT por meio desses beneficiários que se apresentarem a prestar esse serviço é exatamente nesse sentido, afim de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abrigação de ressarcir o valor recebido, além da multa prevista no artigo 1º, parágrafo 1º, da Lei nº 10.741/2003.

Imprensa Digitalizada Autônoma de Informação na Internet	Local e Data: <u>GAMER'S DAY - 31/10/18</u> Nome: _____ CPF: _____
--	--

DE 803 494/0001-41

TESTEMUNHAS 03.802.494/0001-4
1º | Nome: TRAÇÃO CORRETORA

0.5-MCM-2019

24 | Nome: Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL C
CPF: Boa Vista - CEP 50.060-010

— 8 —

Downloaded at 12:30 21 September 2013

Activités de l'Institut des finances

[1] A pessoa/família deve aderir ao formulário de inscrição na rede presencialmente, mediante assinatura, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RDOC: na presença de 2 (duas) instituições de ensino e capela, comprometendo-se a não ser calunioso/a ou envolvido/a em conflito, antes do preenchimento e assinatura.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pjje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 10

HRP

Data do Atendimento:	17/06/2018	Hora:	13:29:33	PRONTUÁRIO:	236136
Nº. Atendimento:	745123	Urgência / Emergência ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		Colaborador:	KATHAVES
Prioridade:	AMARELO - URGÊNCIA			CNS:	70240055166824
Nome: EVENILSON DA SILVA GOMES			Sexo: Masculino		
Data de Nascimento:	19/01/1997	Idade:	21 Anos, 4 Meses e 29 Dias	C.I.:	EVENILSON GOMES DA SILVA
Frigor do Responsável:	SUELÉNE CRISTINA DA SILVA	Endereço: RUA VÉREADOR ANTONIO BEZERRA LEITE, 39 - SANTA LUZIA - 55530000 Hora do Atendimento: _____ Hs			
Cidade:	GARCEZ	Tel:	81996739095		
Questa Principal: <i>Paciente repre ao dnto de moto hoje lega recente reja dor Dor no joelho ① bom pernas</i>					
Exame Físico: A: Geral via corria está piora? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O paciente feia? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Temperatura: _____ B: Respiratório: C: Circulatório: D: Exame Neurológico: Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE Pupilas: Isoconicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Glasgow: Resposta Verbal _____ Glasgow: Resposta Motoria _____ Glasgow: Abertura Ocular _____ E: Exame Físico: Horas: _____ Escala: _____ Hora: _____ Escore: 05.802.494/0001-41 F: Abdomen: _____ G: Diagnóstico inicial: <i>Injury date lateral lateral</i> H: Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica _____ I: Exames Solicitados: 2 - Especializados _____ J: Tratamento / Procedimentos: <i>Colar amarelo - colocar em cinto de segurança</i> Questa Principal Relatada à Classificação de Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOCOLO DIREITO (NIR)					
Alergia: VPM Observação: 16/06/18 NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM / PA / MBG Evolução de Enfermagem: <i>paciente menor que não tem forças P /</i>					
Desfecho do paciente: <input type="checkbox"/> ASA para casa <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao Ambulatório <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Alta x Pediado <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para outra unidade <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piscos Comunicação ao Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Telefônico <input type="checkbox"/> Presencial					
Enfermeira - Carimbo e Assinatura: <i>Enfermeira: Yves Cordeiro de Melo Junior Assinatura: Yves Cordeiro de Melo Junior CRM: 13435</i>					
Sua assinatura é correta CRM: 13435 - Carimbo e Assinatura TEF: 13435					



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVENILSON DA SILVA GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00882-6

CONTA: 000000017093-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023700882000000017093168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 12

a Via da Fatura



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168025 Pág. 13



[View more information](#)

Note Fiscais - Fatura do Serviço de Telecomunicações
Número: 000.002.041-4A
TIPI Celular S.A.
Av. Gennarino Grondoni, 7143-Bloco-SP
CNPJ: 04.306.080/0001-40 - IE: 16.046.102.113
CPF: 01.111.111/0001-40

Página 1 de 4

Client: 1.123456545
CPF/CNPJ: 115.999.974-67
Endereço: 03/10/2018 - Postagem 13/10/2018
Referência: 00718 - Período: 05/08/2018 a 02/10/2018
Data de Automação: 11234565442-2

http://www.ijerph.org

EVANILSON DA SILVA GOMES
RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 36
SANTA LÚCIA

VALOR
R\$ 154,00

DATA DE VENCIMENTO



www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pmml&pid=S0034-89102009000100004

www2.tim.com.br/online/pag_entenda_sua_conta.htm

10 de Octubre, 00100745,0000

		QUANTIDADE	Nº DIAS	TRIBUTOS	VALOR
01	MENSALIDADES E FRANQUIAS				
02	Pacote TIM BRASIL 120 min	1	28	30% - ICMS	154,00
					154,00
03	PACOTES				
04	Pacote TIM BRASIL 120 min - (81)99745-6889	120	-	-	-
05	Pacote VIAGEM 40 min - (81)99745-6889	40	-	-	-
06	Pacote Dados 800 KB - (81)99745-6889	800,00 KB	-	-	-
07	Pacote 80 TIM TORPEDOS - (81)99745-6889	80	-	-	-
08	Pacote TIM FOTOMENSAGENS - (81)99745-6889	80	-	-	-
09	CHAMADA DENTRO DA REDE TIM				
10	Chamada Locais para Outro Celulares	10	29m00s	30% - ICMS	0,00
11	Chamada Locais Para Telefones Fixos	25	63m24s	30% - ICMS	0,00
12	Chamada de Acesso *100	12	09m06s	30% - ICMS	0,00
13	TOTAL TIM				154,00

Reservado ao Pessoal : 2005-786C-BD43-5A6D-7AC3-9C54-13B9-BFEC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2.5 MNM 7019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

IMPOSTO ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 0,54 Sugestões? Comentários? Ligue Grátis *144 de seu
ICMS 30% R\$ 154,00 R\$ 46,20 FUNTTEL: R\$ 0,27 celular ou acesse www.tst.com.br

All rights reserved by FIRST EDITION PUBLISHING LTD 2001. This book may not be sold without the publisher's consent.



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático utilizando o número de identificação de Débito automático indicado neste boleto.

TM Carter SA

NOME DO CLIENTE
EVANILSON DA SILVA GOMES

IDENTIFICAÇÃO DE DEBITO AUTOMÁTICO	MES DE REFERÊNCIA	MES DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
11256654501-2	out/16	03/10/2016	25/10/2016	R\$ 154,00

[View Details](#) [View Details](#) [View Details](#) [View Details](#)

THE JOURNAL OF CLIMATE



© 2010 SAGE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168025 Pág. 14



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu declaro que sou maior de idade Inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.374-180,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo da Silva Gomes Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 118.066.974-67, do sinistro de DPVAT cobertura PERIODICA da Vítima
Eduardo da Silva Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	<u>PRACA FERNANDES VIEIRA</u>	<u>21-B</u>	
Cidade	<u>JARDIM ATLÂNTICO</u>	<u>PE</u>	<u>CEP</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			<u>181) 99710-9292</u>

OLINDA-PE de 10 de 18 05.802.494/0001-41
Local e Data

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NIV 2019

Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLIRE.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Alcino Rufino da Silva

RG nº 3199102, data de expedição 19/08/2005

Órgão SDS, portador do CPF nº 521 274 944-15, com

domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Vitorino Arnuovis Bezerra nº 54,

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Edilson da Silva Gomes, cujo o condutor era

Edilson da Silva Gomes.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: PEH-0508

Chassi: 0CZCH110CAR068066

Data do Acidente:

Local e Data: Guarabira - 17 junho 2018

Alcino Rufino da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Pernambuco

HRP

Data do Atendimento: 17/06/2018 Hora: 13:29:33
Nº. Atendimento: 745123
Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 236136
Colaborador: KATIAVDS
CNS: 702400593198624

Nome: EVENILSON DA SILVA GOMES
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 19/01/1997 Idade: 21 Anos, 4 Meses e 29 Dias C.I.:
Pai ou responsável: SUELÉNE CRISTINA DA SILVA / EVENILSON GOMES DA SILVA
Endereço: RUA VEREADOR AMÉLIO BEZERRA LEITE 30 - SANTA LUZIA - 55530000
Cidade: GAMELEIRA Tel.: 81998735005 Hora do Atendimento: _____ Hs

Queixa Principal:
Paciente refira se sente de muito dor
dor recente na perna
Dor no joelho ①
João pernas

Exame Físico:
A: Geral via aérea está pésia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____

B: Respiratório:
C: Circulatório:
D: Exame Neurológico: Cefaléria motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

E: Abdomen: Diagnóstico inicial: future plato liberal lateral

F: Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
G: Exames Solicitados: 2 - Especializados

H: Treamento / Procedimentos: 1º reto amarelo
evacuar em lista de Transférive

I: Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNозELO DIREITO (N12)

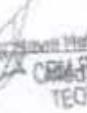
J: Alergia: VPM

K: Observação: 18/06/18
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM, PA, MMHG

L: Evolução de Enfermagem: future meus
que dirá seu nome P!

Decreto do paciente: Ata para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internação Ata Medicada Ata à Pedido
Transferência para outra unidade: Local: Outro: _____
Continuação do paciente: Disponível Inabilitado Falecido

Enfermeira: - Carimbo e Assinatura: 

 Heleno Cavalcante
CRF-PE 37.540
CRED-PE - Carimbo e Assinatura
TEOT 13439





Nom : EVENILSON DA SILVA GOMES (15595)

Procedência: ENFERMARIA (P/ DENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 287241

Data: 24/07/2018

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, EVENILSON DA SILVA GOMES é portador do diagnóstico:
<<FRATURA PLANALTO TIBIAL DIR + FRATURA PATELA DIREITA>>

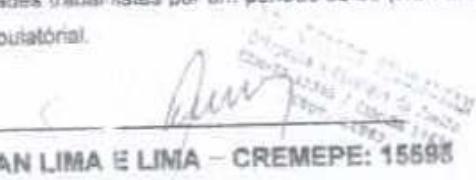
CID: <<S821+S820>>

PAC: SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSINTSE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO KIRSCHNER
 HÁ 30 DIAS DEVENDO PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO ATÉ RECUPERAR CAPACIDADE
 LABORAL/FUNCIONAL.

ENCAMINHO PARA AVA FAÇÔ PERICIAL INSS.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir
 desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 24/07/2018


JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CREMEPE: 15595

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNA NA NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

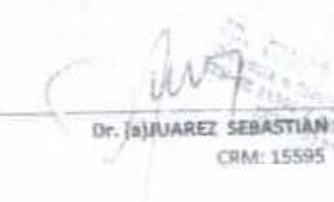
01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples feita com o paciente

Esta declaração está sendo emitida diretamente ao paciente e/ou o responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/07/2018 as 19:04


05.802.494/0001-41
 Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
 CRM: 15595

05 Nov 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
 Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 18

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 27/06/2018 10:36

Atenção:	284322 Entrada: 19/06/2018 Hora: 09:56	Enfermaria:	ENFERMARIA 05
Academização:	LEITO 02	Permanência:	8 Dias), 60 horas
Plano:	SUS - DEMANDA	Matriquia:	
Responsável:		Identidade:	
Médico Resp:	MARCELO CORRÊA DE ARAUJO LARRAZABAL	C.N.S.:	702400593196624
Prontuário:	1615317 EVENILSON DA SILVA GOMES	Sexo:	MASCULINO Cor: PARDAS
Nascimento:	19/01/1997 (21 Anos e 5 Meses)	Estado Civil:	SOLTEIRO
Endereço:	RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE	C.P.F.:	11806697467
Bairro:	SANTA LUZIA C.E.P.: 55630-000	Identidade:	9259901 - SDS - PE
Cidade:	2605906 GAMELEIRA	Telefone:	/998739095
Nome:	EVENILSON GOMES DA SILVA	G.Instrução:	
Mae:	SUELÉNE CRISTINA DA SILVA	Ocupação:	ESTUDANTE
Nacionalidade:	BRASIL	Neutralizada:	RIBEIRÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Entrada: 18/06/2018 17:27

INSTITUTO NA URGENCIA (Dr. BAÍAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

Resumo do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL JOELHO DIREITO.
EXAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRARAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES.
ATO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E
IMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO.
SOLICITADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA.

Atendeu paciente:

Próxima(s) diagnóstica(s):
ATURA DE PLATÔ TIBIAL

Descrição/Conduta:

Horário/Checkagem

DIVOLVO PACIENTE PARA TAC	
PODRÁ REINTERRAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE BIMTESE ADEQUADA PARA O CASO	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 MM 2013

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Artigos Utilizados: (Enfarrugamento/Imobilização)

COMANDA:

Hospital: Memorial Armindo Moura
SAMC
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cidro Campelo, S/N. Moinhos, PE
Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 19

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 27/06/2018 10:36

Atendimento	254322 Entrada: 18/06/2018 Hora: 09:58	Enfermeiro:	ENFERMARIA 05
Acomodação	LEITO 02	Permanência:	8 Dia(s), 00 horas
Piso:	IUS - DEMANDA	Matricula:	
Responsável		Identidade:	
Médico Resp:	MARCELO CORRÊA DE ARAUJO LARRAZABAL	C.N.S:	702400693196524
Paciente:	1615017 EVENILSON DA SILVA GOMES	Sexo:	MASCULINO Cor: PARGA
Vasconcelos:	19/01/1987 (21 Anos e 5 Meses)	Estado Civil:	SOLTEIRO
Endereço:	RUA VEREADOR AMÓS BEZERRA LEITE	C.P.F.:	11805697457
Santo:	SANTA LUZIA C.E.P 55530-000	Identidade:	9250931 - SDS - PE
Zipcode:	555806 GAMELEIRA	Telefone:	/998739095
tel:	ENILSON GOMES DA SILVA	G.Instrução:	
Mae:	SUELENE CRISTINA DA SILVA	Ocupação:	ESTUDANTE
Façanha/da:	BRASIL	Naturalidade:	RIBEIRAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

2018/06/2018 - 17:17

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. ICALAS CAVALCANTI FERNANDES - CRM 19952)

história do paciente:

ACIDENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL JOELHO DIREITO.
KAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRARAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES.
ETO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E
IMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO
DUPLICADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA

exame físcico:

pótese diagnóstica:
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

escritão/Conduta:

Horário/Checagem	
L- DEVOLVO PACIENTE PARA TAC	05.802.494/0001-41
L- PODERÁ REINTERRAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTSE ADÉQUADA PARA O CARTO	TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
	05 NOV 2019
	Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE

avaliação:

Atendimentos Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armando Moura
SAME
Serviço de Atendimento Móvel e Esafística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cleto Campelo, S/N - Moreno - PE
Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

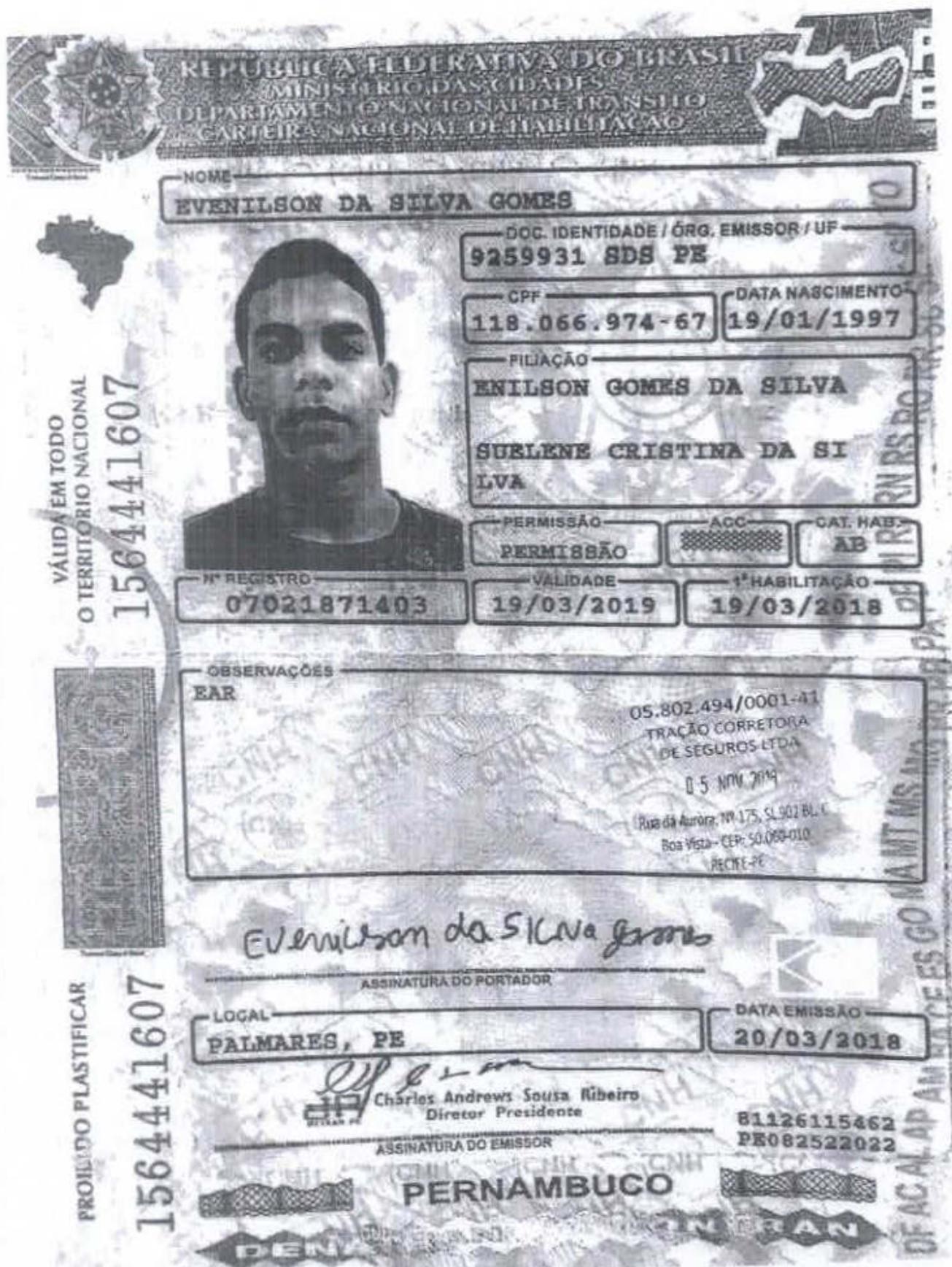
Num. 73168925 - Pág. 20

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	<i>17/06/2018</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	<i>17/06/2018</i>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	<i>EVENILSON DO R/US GOMES</i>		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<i># Fratura Platatrial e Patelar do joelho direito</i>		
DADOS RELATIVOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
<i># Tratamento cirúrgico - Redução cunetas + osteosíntese de fratura Plata e Patelar</i>			
ALTA MÉDICA:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<i>05.802.494/0001-41</i>
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ POSSUEM-SE CONCLUSões QUe:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE VISTA - CIP-50.060-010 <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			
RUA DA AURORA, Nº 175, SAL 902 BL. C RECIFE - PE			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL. (especificar o segmento ou órgão atingido)			
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO <input checked="" type="checkbox"/> Membro Superior Direito - Deficiência funcional ± 75%.			
ATESTO QUE ASSIM FUI AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE <i>26/10/18</i> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO CONSISTENTES E VERDADEIRAS. LOCAL: <i>Escada</i> DATA: <i>26/10/18</i>			
AUTOGRAFADA E CADASTRADAS <i>José Ricardo P. Parruci</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRA-PE 7142</i>			



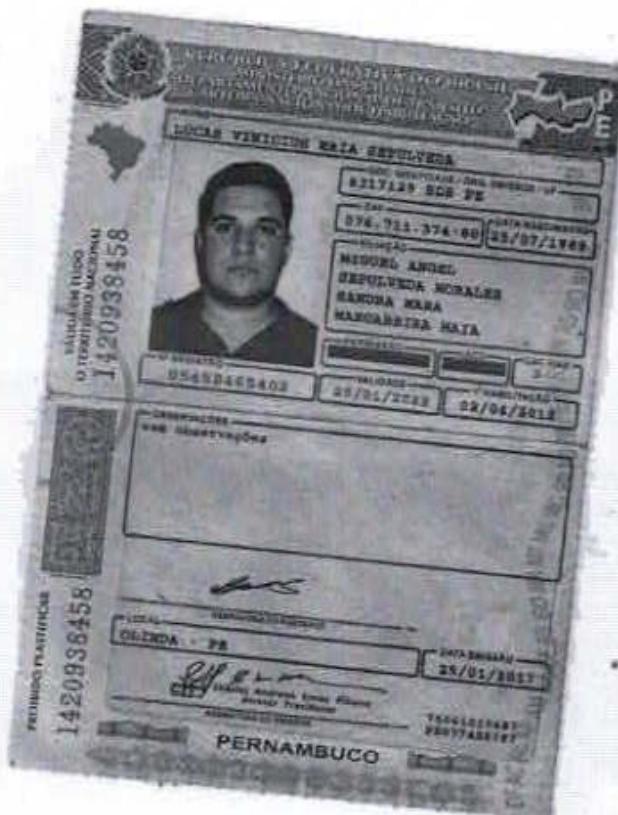


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 22



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019.

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 11:10:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010511105699100000071726704>
Número do documento: 21010511105699100000071726704

Num. 73168925 - Pág. 23

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521167 **Cidade:** Gameleira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito e patela direita

Descrição do exame Ao exame: Marcha claudicante (+/++++) , redução moderada da flexão do joelho direito.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%)em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180521167

Nome do(a) Examinado(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VER AMOS BEZERRA LEITE, 30 -
GAMELEIRA/PE - CEP 55530-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9259931 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 17/06/2018 - Gameleira PE

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do platô tibial direito e patela direita.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada da flexão do joelho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
dano funcional do Joelho direito

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).



Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações
que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

joelho direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

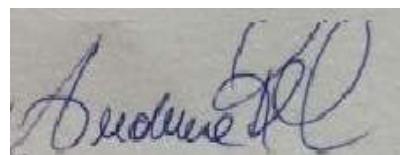
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

**VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao
exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EVENILSON DA SILVA GOMES

Id: 925 9931

CPF: 118.066.974-67

End: RUA UCREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 30, CARTA
Luzia, GAMELEIRA-PE

Outorgado: LUCAS VINICIUS MELLO SOUZA

Id: 8.317.129

CPF: 076.711.374-80

End: PC FERNANDES VIEIRA, 21-9, JARDIM ATLÂNTICO,
OLINDA-PE

Nomelo meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima EVENILSON DA SILVA GOMES,
CPF: 118.066.974-67

03/09/2018 de _____ de _____.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

EVENILSON DA SILVA GOMES

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402852/18

Número do Sinistro: 3180521167

Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES

CPF: 118.066.974-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2018

Titular do CPF: EVENILSON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

Comprovante de residência

EVENILSON DA SILVA GOMES : 118.066.974-67

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Caroliny Lins Veloso

